Deutscher Bundestag **Drucksache 14/7395**
14. Wahlperiode 08. 11. 2001

Bericht*

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 14/6432 –

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 14/7123 und 14/7168 –

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

3. zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung
– Drucksache 14/5681 –

Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

* Die Beschlussempfehlung wurde als Drucksache 14/7355 verteilt.

Bericht des Abgeordneten Dr. Martin Pfaff

I. Überweisung

Die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 14/5681 wurde in der 179. Sitzung des Deutschen Bundestages am 28. Juni 2001 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Ausschuss für Angelegenheiten der neuen Länder überwiesen.

Der Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6432 wurde ebenfalls in der 179. Sitzung des Deutschen Bundestages am 28. Juni 2001 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7123 und 14/7168 wurde in der 195. Sitzung des Deutschen Bundestages am 18. Oktober 2001 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung überwiesen. Der Drucksache 14/7123 als Anlage beigefügt ist die Stellungnahme des Bundesrates, der den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6432 in seiner 767. Sitzung am 27. September 2001 beriet. Die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 14/7168 beinhaltet die Gegenäußerung der Bundesregierung vom 17. Oktober 2001 hierzu, mit der eine Prüfung der Vorschläge des Bundesrates zugesichert wurde.

II. Inhalt der Gesetzentwürfe

1. Kurzfristige Maßnahmen

Den Krankenkassen werden für diejenigen chronisch kranken Versicherten, die in qualitätsgesicherten Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, im Risikostrukturausgleich erhöhte standardisierte Ausgaben zugeschrieben. Damit wird erstmals dafür Sorge getragen, dass den Krankenkassen, die sich um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch Kranken bemühen, kein finanzieller Nachteil entsteht, sondern sie im Vergleich zum Status quo deutlich besser gestellt werden. Die solidarische Finanzierung über den Risikostrukturausgleich setzt dabei voraus, dass die geförderten Programme harten Qualitätsanforderungen genügen, sie evaluiert und bundesweit einheitlich durch eine neutrale Stelle zugelassen werden. Die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten wird zwischen den Krankenkassen beziehungsweise ihren Verbänden und den im Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungserbringern auf der Grundlage einer vom Bundesversicherungsamt für Disease-Management-Programme erteilten bzw. verlängerten Zulassung nach § 137g SGB V vereinbart.

Vom 1. Januar 2003 an wird außerdem ein Risikopool eingeführt zur solidarischen Lastenverteilung solcher Aufwendungen für Versicherte, die weit über dem Durchschnitt der Standardausgaben im Risikostrukturausgleich liegen. Berücksichtigungsfähig sind hier die Ausgaben für die stationäre Versorgung, die Arzneimittelversorgung, die ambulanten Dialysesachkosten und das Kranken- und Sterbegeld. Ausgeglichen wird der Teil der Ausgaben, der über einem Schwellenwert von 20 450 Euro (rund 40 000 DM) im Jahr liegt, wobei die betreffende Krankenkasse 40 % selbst trägt und die Solidargemeinschaft einen Anteil von 60 % des Betrages ausgleicht, der den Schwellenwert überschreitet. Dies wird insbesondere die Krankenkassen entlasten, die in spürbarem Umfang kostenintensive Versicherte in ihrem Bestand haben.

2. Mittelfristige Einführung eines direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Die dauerhafte Sicherung der solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV erfolgt durch die vollständige und definitive Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab dem 1. Januar 2007. Krankenkassen wird es dann nicht mehr möglich sein, durch die Selektion von gesunden Versicherten Beitrags- und Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Gesunde und kranke Versicherte werden im Risikostrukturausgleich unterschiedlich berücksichtigt werden und nicht mehr nur beschränkt auf die chronisch Kranken in Disease-Management-Programmen. Zugleich wird der Risikopool in einen Hochrisikopool überführt, über den nur noch die Aufwendungen für extrem teure Fälle solidarisch ausgeglichen werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung** beriet die Vorlagen der Bundesregierung in seiner 105. Sitzung am 7. November 2001. Er empfahl dem federführenden Ausschuss für Gesundheit, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 14/7123 und 14/7168 in der Fassung der Änderungsanträge auf Drucksache 14/1825 (neu) des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung anzunehmen und die Unterrichtung auf Drucksache 14/5681 zur Kenntnis zu nehmen. Hinsichtlich des Gesetzentwurfs erfolgte die Beschlussfassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der FDP und der PDS.

Der **Rechtsausschuss** empfahl in seiner 103. Sitzung am 7. November 2001 dem federführenden Ausschuss für Gesundheit einvernehmlich, die Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** empfahl in seiner 66. Sitzung am 7. November 2001 dem federführenden Ausschuss für Gesundheit einvernehmlich, die Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** empfahl in seiner 78. Sitzung am 7. November 2001 dem federführenden Ausschuss für Gesundheit einvernehmlich, die Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der neuen Länder** empfahl in seiner 67. Sitzung am 10. Oktober 2001 dem federführenden Ausschuss für Gesundheit einvernehmlich, die Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Kenntnis zu nehmen.

IV. Beratung im Ausschuss für Gesundheit

1. Allgemeiner Teil

1.1 Anhörung

Der Ausschuss für Gesundheit begann die Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6432 in seiner 97. Sitzung am 20. Juni 2001. Vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage beschloss er, hierzu eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand statt in der 103. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 4. Juli 2001. Als Verbände waren hierzu geladen: AOK-Bundesverband, Bundesärztekammer, Bundesknappschaft, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Bundesversicherungsamt, Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Beamtenbund, IKK-Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, See-Krankenkasse, Union der Leitenden Angestellten, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Darüber hinaus wurden folgende Einzelsachverständige befragt: Herr Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Herr Prof. Dr. Jürgen Wasem, Herr Prof. Dr. Eckhard Knappe, Herr Jochen Fleischmann, Herr Dr. Klaus Jacobs, Herr Prof. Dr. Günter Neubauer, Herr Prof. Dr. Axel Azzola. Auf das Wortprotokoll der öffentlichen Sitzung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

1.2 Beratungsverlauf

Die Einführung in den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6432 erfolgte in der 102. Sitzung des Ausschusses am 4. Juli 2001. Fortgesetzt wurde die Beratung in der 105. Sitzung am 25. September 2001, der 108. Sitzung am 10. Oktober 2001 und der 110. Sitzung am 17. Oktober 2001; der Abschluss erfolgte – unter Einbeziehung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7123 und 14/7168 sowie der Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 14/5681, in die eingeführt wurde in der 105. Sitzung am 25. September 2001 – in der 113. Sitzung am 7. November 2001.

Der Ausschuss beschloss im Wesentlichen Änderungen zu folgenden drei Regelungsbereichen:

- Zur Beschleunigung der Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme soll eine erste Empfehlung von chronischen Krankheiten durch den Koordinierungsausschuss bereits innerhalb von vier Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen. Diese soll mindestens vier Krankheiten umfassen. Insgesamt kann der Koordinierungsausschuss auch mehr als sieben Krankheiten vorschlagen. Außerdem wird er beauftragt, innerhalb weiterer vier Wochen dem Bundesministerium für Gesundheit auch die Empfehlungen für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme vorzulegen. Diese Empfehlungen sind somit gemeinsam von den Krankenkassen und den maßgeblichen Organisationen für den Bereich der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung zu erarbeiten.
- Die gesetzlichen Vorgaben für die Einführung der direkten Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich ab dem Jahr 2007 wurden weitergehend konkretisiert, so dass die entsprechenden Regelungen im Jahr 2004 durch den Verordnungsgeber getroffen werden können.
- Der Risikopool wird bereits im Jahr 2002, statt – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – im Jahr 2003 eingeführt, so dass der hiermit verbundene Ausgleich überdurchschnittlich hoher Risikobelastungen zwischen den Krankenkassen bereits ein Jahr früher eintreten kann.

Die Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verwiesen auf die beiden Hauptziele des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs:

- Die Wettbewerbsverzerrungen, die aus der andauernden Risikoentmischung resultierten, müssten beseitigt werden. Der jetzige Ausgleich, der die Morbidität anhand der Kriterien Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrenten indirekt erfasse, belohne eine Risikoselektion mit Überkompensationen und niedrigen Beitragssätzen. Den Versorgerkassen hingegen würden durch die Abwanderung vor allem der gesunden und jungen Risiken zu den „Billigkassen“ die Mittel entzogen, die für den internen Solidarausgleich unerlässlich seien. Beitragssatzsteigerungen dieser Krankenkassen seien die zwangsläufige Folge. Bereits jetzt sei eine Differenzierung in preisgünstige Krankenkassen für Gesunde und teure Krankenkassen für Kranke unübersehbar. Diese Entwicklung müsse im Interesse der Erhaltung des Solidarprinzips gestoppt werden.

  Als Sofortmaßnahme bereits ab dem Jahr 2002 entlaste die Einrichtung eines Risikopools die Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele Patienten mit besonders behandlungsintensiven teuren Krankheitsbildern betreuten. Ab dem Jahr 2007 gewährleiste die direkte Erfassung der Morbiditätslasten, dass der Entsolidarisierungsprozess durch den Wegfall der finanziellen Vorteilhaftigkeit einer Risikoselektion dauerhaft beendet werde.
- Spürbar und nachhaltig müsse außerdem die Behandlung chronisch Kranker verbessert werden. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen habe in schonungsloser Deutlichkeit offen gelegt, dass die Versorgung chronisch Kranker die Achillesferse im deutschen Gesundheitssystem sei. Über-, Unter- und Fehlversorgungen seien an der Tagesordnung. Gerade die Versorgung der besonders behandlungs- und kostenintensiven chronischen Volkskrankheiten weise gravierende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite aus.

  Die vorgesehenen Disease-Management-Programme setzten für alle Akteure im Gesundheitswesen Anreize

zur Beseitigung dieser Defizite. Die sektorenübergreifend zu konzipierenden Programme trügen überdies dazu bei, die Stagnation auf dem Gebiet der Integrationsversorgung zu überwinden. Die Auswahl der Krankheiten, für die solche Programme zu entwickeln seien, sei ebenso in die Hände des Koordinierungsausschusses gelegt wie die Definition der Anforderungen an diese. Noch im Jahr 2002 könnten die ersten Disease-Management-Programme anlaufen.

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs gewährleisteten die Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass das Solidarprinzip auch in Zukunft die gesetzliche Krankenversicherung trägt und prägt. Auch gebe es die Initialzündung für die längst überfällige Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker.

Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU lehnten den vorgelegten Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs ab. Dieser sei 1993 mit dem Ziel eingeführt worden, den Wettbewerb der Krankenkassen zu ermöglichen und zu unterstützen, da historisch bedingt einige Kassen mit einer ungünstigen Risikostruktur gestartet seien. Der Ausgleich erfülle weitgehend seine Aufgaben, weise aber infolge der Unvollständigkeit des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung auch einige Defizite auf.

Vorliegend schlage die Regierungskoalition eine Reform vor, die den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zerstöre – statt ihn auszubauen – und den Weg in eine Einheitskasse bahne. Ursächlich hierfür sei insbesondere die Einbeziehung von grundsätzlich wünschenswerten Disease-Management-Programmen in den Risikostrukturausgleich, die falsche Anreize setze und damit eine Ausgabensteigerung bewirke. Allein für die Etablierung und Administration der Programme sei nach Angaben der Techniker Krankenkasse mit Kosten in Höhe von 2,2 Mrd. DM zu rechnen. Da nicht etwa die Aufwendungen für die jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramme ausgeglichen würden, sondern alle anfallenden Leistungsausgaben für Versicherte, die einer Programmgruppe zugeordnet sind, würden diese durch eine Vielzahl diagnoseunabhängiger Kosten beeinflusst. Die Verknüpfung ausgabenorientierter Disease-Management-Programme mit dem einnahmeorientierten Risikostrukturausgleich sei systemfremd. In kurzer Zeit wären die Kassen versucht, auch andere Versorgungsformen über den Risikostrukturausgleich ausgleichen zu wollen. Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung würden schwinden, zumal der vorliegende Gesetzentwurf – wiederum systemfremd – den Einstieg in die Berücksichtigung von Verwaltungskosten im Risikostrukturausgleich bedeute. Die Argumentation der Koalitionsfraktionen, durch die Einbeziehung der Disease-Management-Programme in den Risikostrukturausgleich würde der Wettbewerb um die Kranken forciert, überzeuge nicht; diesbezügliche wissenschaftliche Grundlagen existierten in Deutschland nicht. Von übereilt konstruierten und qualitativ schlechten Programmen sei keine positive Wirkung auf die Versorgungsqualität beziehungsweise die Morbidität zu erwarten, auch eine Kostensenkung sei zweifelhaft.

Die Einführung eines Risikopools mit einem zu niedrigen Schwellenwert unterstreiche die Abkehr von einem Ausgleich ungünstiger Risiken hin zu einem reinen Ausgabenausgleich und bedeute nur noch geringe Anreize für ein sinnvolles Kosten- und Fallmanagement für wirklich aufwändige Leistungsfälle.

Insgesamt lehnten die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU den vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs wegen Überregulierung, Bürokratisierung, verfassungsrechtlicher Bedenken und Zerstörung des Wettbewerbs ab.

Die Mitglieder der Fraktion der FDP verwiesen auf den mit der Einführung eines Risikopools und insbesondere der Koppelung der Disease-Management-Programme mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen unvertretbar hohen bürokratischen Aufwand. Dem Gesundheitssystem werde damit Geld entzogen, das dringend für die Versorgung der Patienten benötigt werde, wobei die vorhandenen Ungerechtigkeiten lediglich verschoben würden. Krankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen würden systematisch zu Beitragssatzsteigerungen gezwungen, wodurch die Versicherten preisgünstige Alternativen verlören. Mit dem Versuch der Nivellierung zwischen den Krankenkassen werde der Weg in die Einheitsversicherung beschritten.

Ziel sei nicht der Ausbau, sondern der Abbau des Risikostrukturausgleichs. Zu Beginn des Wettbewerbs sei dieser wegen der ungleichen Startchancen der Krankenkassen erforderlich gewesen. Aber das weitere Anwachsen des umverteilten Finanzvolumens müsse einmal beendet werden. Einige Krankenkassen müssten bereits jetzt spürbar mehr als die Hälfte ihrer Beitragseinnahmen zur Subventionierung anderer Kassen – ihrer Mitbewerber – abführen. Zu schützen seien aber nicht die Krankenkassen, sondern die Versicherten; dies sei durch die Wahlfreiheit und den Kontrahierungszwang gewährleistet. Niemand sei gezwungen, bei einer Krankenkasse mit einem höheren Beitragssatz versichert zu bleiben, auch die schwer und chronisch Kranken nicht.

Die Mitglieder der Fraktion der PDS begrüßten, dass mit dem Gesetz der zunehmenden Risikoselektion und Risikoentmischung in der gesetzlichen Krankenversicherung Einhalt geboten werden solle. Sie vertraten jedoch die Auffassung, dass dieses Ziel nicht überzeugend umgesetzt werde. Die für die Übergangszeit bis zur direkten Berücksichtigung der Morbidität vorgesehenen Disease-Management-Programme sowie der Risikopool reichten nicht aus beziehungsweise würden zu spät greifen. Darin liege die entscheidende Schwäche des Gesetzes. Ihm fehle nach wie vor ein Element, welches den Finanzausgleich zwischen den Kassen bereits ab Anfang nächsten Jahres in notwendiger Weise verändere. Dies gelte trotz der von der Koalition eingebrachten Änderungsanträge, die auch auf eine raschere Wirksamkeit des Gesetzes zielten. Das Gesetz könne deshalb seine zentrale Aufgabe, die gegenwärtige Entsolidarisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die damit verbundene Aushöhlung ihrer Funktionsfähigkeit zu stoppen, nicht in der gebotenen Weise erfüllen.

1.3 Abstimmungsergebnisse

Mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der PDS beschloss der Ausschuss für Gesundheit, dem Bundestag die Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen

SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6432 zu empfehlen.

Einstimmig beschloss der Ausschuss für Gesundheit weiterhin, dem Bundestag zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7123 und 14/7168 für erledigt zu erklären sowie die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 14/5681 zur Kenntnis zu nehmen.

2. Besonderer Teil

Hinsichtlich der Einzelbegründung der vorgesehenen Regelungen wird auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/6432 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen ist darüber hinaus anzumerken:

2.1 Zu Artikel 1 Nr. 1 (§§ 137f, 137g SGB V) (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Zu § 137f SGB V

Zu Absatz 1

Durch die Änderung in Satz 1 wird der Koordinierungsausschuss verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bereits innerhalb von vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes mindestens vier chronische Krankheiten zu empfehlen, für die strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln sind. Diese Verkürzung der Frist ist erforderlich, um ein Inkrafttreten der Verordnungsregelungen über die finanzielle Förderung strukturierter Behandlungsprogramme im Risikostrukturausgleich noch im Lauf des Jahres 2002 zu ermöglichen und auf diese Weise eine kurzfristige finanzielle Entlastung der Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch Kranker herbei zu führen. Außerdem wird klar gestellt, dass der Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit zu einem späteren Zeitpunkt noch weitere chronische Krankheiten empfehlen kann. Insgesamt soll durch die Änderung eine frühzeitige Verbesserung der Versorgung einer möglichst großen Zahl chronisch Kranker erreicht werden.

Zu Absatz 2

Durch die Änderung in Satz 1 wird die Aufgabe, dem Verordnungsgeber Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen zu empfehlen, auf den Koordinierungsausschuss übertragen. Dadurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass gegebenenfalls bei den Empfehlungen auch medizinische Fragen eine Rolle spielen können und die maßgeblichen Organisationen für den Bereich der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung daher unmittelbar in den Entscheidungsprozess einbezogen werden sollen. Die Empfehlung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme ist auf der Grundlage der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit abzugeben, in der die maßgeblichen chronischen Krankheiten aufgeführt sind.

Die Ergänzung in Satz 2 Nr. 1 stellt klar, dass die vom Koordinierungsausschuss gemäß § 137e Abs. 3 Nr. 1 entwickelten Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei den Empfehlungen zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme zu berücksichtigen sind. Die vom Koordinierungsausschuss festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgungen sind damit Bestandteil der Entscheidungsfindung.

Durch den neu eingefügten Satz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Vertretern der beteiligten Leistungserbringer unverzüglich die chronischen Krankheiten bekannt zu geben, die auf Grund der Prüfung der Empfehlung des Koordinierungsausschusses für die Abgrenzung der Versichertengruppen der eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten im Risikostrukturausgleich vorgesehen sind und für die daher Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln sind. Hierdurch erhalten die betroffenen Verbände Rechtsklarheit über den beabsichtigten Inhalt der Verordnungsregelung. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Koordinierungsausschuss keine Empfehlung nach Absatz 1 Satz 1 abgegeben hat.

Die Änderungen in den Sätzen 4 und 5 sind Folgeänderungen zur Änderung in Absatz 2 Satz 1.

Zu Absatz 3

Durch die Änderung wird klar gestellt, dass sich die Einwilligung der chronisch Kranken bei Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm nicht nur auf die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung des Programms erforderlichen Daten durch die Krankenkassen bezieht, sondern auch durch die Sachverständigen und die Leistungserbringer sowie die Übermittlung dieser Daten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen, soweit sie den Krankenkassen noch nicht vorliegen.

Zu Absatz 4

Durch die Änderung soll sicher gestellt werden, dass die Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme von unabhängigen, neutralen Dritten vorgenommen wird. Dies trägt zur Steigerung der Qualität der strukturierten Behandlungsprogramme bei. Bei der Auswahl der Sachverständigen kann das Bundesversicherungsamt geeignete Einrichtungen, wie etwa das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR), beteiligen.

Zu Absatz 5

Grundsätzlich können die Krankenkassen den Kernbereich der gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben nicht auf Dritte übertragen, sondern haben ihn selbst mit eigenen Mitarbeitern wahrzunehmen. Hierzu gehören etwa auch Aufgaben wie die Aufklärung und Beratung der Versicherten, die im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme verstärkt anfallen. Insbesondere für kleinere Krankenkassen kann es jedoch erheblich wirtschaftlicher sein, diese Aufgaben auf Dritte zu übertragen, als hierfür neue Mitarbeiter einzustellen. Durch die Änderung wird daher klar gestellt, dass die Krankenkassen ihre Aufgaben zur Durchführung von mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten strukturierten Behandlungsprogrammen auf Dritte übertragen können. Hierbei wird es sich im wesentlichen um Verwaltungs- und Managementaufgaben handeln. Eine Übertragung von Aufgaben der Leistungserbringung ist dagegen nicht möglich. Die Vorschriften des SGB X zur Datenverarbeitung im Auftrag gelten entsprechend.

Zu § 137g Abs. 1 SGB V

Durch die Änderung in Satz 1 wird klar gestellt, dass das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme auch zu prüfen hat, ob die zur Durchführung der Programme geschlossenen Verträge mit dem Inhalt der Programme übereinstimmen. Dies gilt sowohl für die Verträge, die mit zugelassenen Leistungserbringern geschlossen worden sind als auch für Verträge mit Dritten, denen die Krankenkasse nach § 137f Abs. 5 Satz 2 SGB V (vgl. Änderung zu § 175f Abs. 5 SGB V) ihre Aufgaben zur Durchführung der Programme übertragen hat. Hierdurch wird gewährleistet, dass sowohl die Programme als auch die Verträge für alle Krankenkassen nach einheitlichen Maßstäben geprüft werden. Die Krankenkassen haben auch die Möglichkeit, sich die Übereinstimmung des Programms mit den in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelten Anforderungen vorab vom Bundesversicherungsamt bestätigen zu lassen, bevor sie auf dieser Grundlage in die Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern eintreten. In die bisherigen Kompetenzen der Landesaufsichtsbehörden wird hierdurch nicht eingegriffen, da diese weiterhin etwa die Wirksamkeit von Gesamtverträgen prüfen können. Das Prüfrecht des Bundesversicherungsamts beschränkt sich ausschließlich auf die Frage, ob die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung fest gelegten Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, auch durch den Abschluss von Verträgen mit den Leistungserbringern, erfüllt sind.

Die Änderung durch die neu eingefügten Sätze 4 bis 7 stellt klar, dass die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms vom Bundesversicherungsamt auch mit Auflagen und Bedingungen versehen werden kann, wenn dies erforderlich ist, um den Zweck der Zulassung zu erreichen. Zur Beschleunigung des Zulassungsverfahrens wird dem Bundesversicherungsamt eine verbindliche Frist von drei Monaten vorgegeben. Kann die Zulassung innerhalb dieser Frist aus Gründen nicht erteilt werden, die die Krankenkasse zu vertreten hat, etwa weil sie unvollständige Antragsunterlagen eingereicht hat, gilt die Frist noch als gewahrt. Außerdem wird geregelt, dass die Wirksamkeit der Zulassung bereits mit dem Tag der Antragstellung eintreten kann, wenn bereits zu diesem Zeitpunkt alle Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt waren. Dies ist insbesondere für die Behandlungsprogramme von Bedeutung, die im Zeitpunkt der Antragstellung bereits durchgeführt werden. Auf diese Weise wird vermieden, dass die Dauer der Bearbeitung des Zulassungsantrags beim Bundesversicherungsamt zu finanziellen Nachteilen für die Krankenkasse führt. Frühester Zeitpunkt für die Wirksamkeit der Zulassung ist das Inkrafttreten der Verordnungsregelungen, mit denen die maßgeblichen chronischen Krankheiten und die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme fest gelegt werden. Dies ist sachgerecht, da die Versichertengruppen der eingeschriebenen chronisch Kranken erst von diesem Zeitpunkt an rechtswirksam gebildet sind und auch eine Bearbeitung der Zulassungsanträge durch das Bundesversicherungsamt erst von diesem Zeitpunkt an möglich ist.

Die Änderung in Satz 8 stellt klar, dass das Bundesversicherungsamt Gebühren auch dann zu erheben hat, wenn die Zulassung eines Programms versagt wird. Dies ist sachgerecht, da der dem Bundesversicherungsamt entstehende Verwaltungsaufwand unabhängig vom Ausgang des Zulassungsverfahrens ist.

Der neu eingefügte Satz 11 trägt dem Umstand Rechnung, dass zurzeit nicht abschätzbar ist, wie viele Zulassungsanträge vom Bundesversicherungsamt zu bearbeiten sind und wie hoch der hierdurch entstehende Verwaltungsaufwand ist. Gleichwohl muss das Bundesversicherungsamt eine bestimmte Personal- und Sachausstattung vorhalten, um im Interesse der Krankenkassen eine zügige Bearbeitung der Zulassungsanträge gewährleisten zu können. Um zu verhindern, dass das Bundesversicherungsamt auf Grund dessen mit Kosten belastet bleibt, sollen die nicht durch Gebühren der Krankenkassen gedeckten notwendigen Vorhaltekosten im Risikostrukturausgleich durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes berücksichtigt und damit von allen Krankenkassen gemeinsam getragen werden. Bei den auf Grund dieser Regelung im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Ausgaben handelt es sich ausschließlich um solche des Bundesversicherungsamts, nicht aber um Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

Bei der Änderung in Satz 12 handelt es sich um eine Folgeregelung zur Einfügung des Satzes 11. Der Verordnungsgeber wird ermächtigt, das Nähere über die Gebühren und die Berücksichtigung der von den Gebühren der Krankenkassen nicht gedeckten Vorhaltekosten des Bundesversicherungsamts in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln. Um sicher zu stellen, dass die Regelungen über die Zulassungsgebühren in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zum gleichen Zeitpunkt in Kraft treten wie die übrigen Verordnungsregelungen zur Umsetzung der finanziellen Förderung strukturierter Behandlungsprogramme im Risikostrukturausgleich, ist – ebenso wie in § 266 Abs. 7 Satz 2 – neu – SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc) – vorgesehen, dass eine Zustimmung des Bundesrates nicht erforderlich ist.

Die Änderung durch die neu eingefügten Sätze 13 und 14 stellt zum einen klar, dass die Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zur Berechnung der Kosten für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme vorsehen können, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind. Pauschalierte Kostenansätze werden für den Bereich der Bundesverwaltung vom Bundesministerium der Finanzen ermittelt. Außerdem wird die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Gebührenbescheide ausgeschlossen. Dies ist sachgerecht, da das Bundesversicherungsamt auf eine zeitnahe Zahlung der Gebühren angewiesen ist, um den durch das Zulassungsverfahren entstehenden Verwaltungsaufwand zu decken.

2.2 Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 266 SGB V) (Verordnungsermächtigung zum Risikostrukturausgleich)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Doppelbuchstabens bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten umfassen vielfach auch Leistungen, die zu den Verwaltungsausgaben und den satzungsmäßigen Mehrleistungen gehören. Diese Ausgaben werden bisher im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Um eine sachgerechte Förderung strukturierter Behandlungsprogramme im Risikostrukturausgleich zu ermöglichen und zugleich zu verhindern, dass die Auswahl der im Rahmen dieser Programme gewährten Leistungen in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigungsfähigkeit im Risikostrukturausgleich erfolgt, ist es daher erforderlich, dass alle auf Grund der Entwicklung und Durchführung dieser Programme entstehenden Ausgaben unabhängig von ihrer Einordnung im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig sind. Da eine Abgrenzung dieser Ausgaben im Einzelnen aber erst möglich ist, wenn die Anforderungen an die Programme bekannt sind, wird der Verordnungsgeber ermächtigt, die Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen, und die daher im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig werden sollen, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung aufzuführen. Hierdurch wird auch eine einheitliche Verbuchung dieser Ausgaben durch die Krankenkassen gewährleistet.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird klar gestellt, dass die Festlegung von chronischen Krankheiten in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auch dann erfolgen kann, wenn keine diesbezügliche Empfehlung des Koordinierungsausschusses nach § 137f Abs. 1 SGB V vorliegt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neufassung der Verordnungsermächtigung stellt zum einen klar, dass die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten Aufgabe der mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen ist. Außerdem wird der Verordnungsgeber ermächtigt, auch das Nähere zum Verfahren und zu den Kriterien der Prüfung der im Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln. Dies kann etwa durch die Festlegung einheitlicher Prüfinhalte, einheitlicher Prüfzeiträume und -stichtage geschehen. Dabei kann der Verordnungsgeber auch von den Vorgaben des § 274 SGB V abweichen und vorsehen, dass für die Prüfung der im Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten der in dieser Vorschrift vorgesehene Mindestzeitraum unterschritten werden kann. Die Änderung trägt zu einer Verbesserung der Datenqualität und damit auch zu einer größeren Rechtssicherheit bei.

Zu Doppelbuchstabe cc

Um sicher zu stellen, dass die Verordnungsregelungen, mit denen die maßgeblichen chronischen Krankheiten und die hierfür zu entwickelnden strukturierten Behandlungsprogramme fest gelegt werden, bereits im Lauf des Jahres 2002 in Kraft treten können, soll eine Zustimmung des Bundesrates hierzu nicht erforderlich sein. Hierdurch wird eine frühzeitige finanzielle Entlastung der Krankenkassen mit einer hohen Zahl chronisch Kranker ermöglicht. Da die grundlegenden Fragen im Zusammenhang mit der finanziellen Förderung von strukturierten Behandlungsprogrammen im Risikostrukturausgleich bereits im vorliegenden Gesetzentwurf geregelt sind, werden die Beteiligungsrechte des Bundesrates hierdurch nicht spürbar eingeschränkt.

2.3 Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 267 SGB V) (Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Auf Grund des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000 werden Erwerbsminderungsrenten in der Regel als Zeitrenten gewährt, sodass der Rentenbezug erst mit Beginn des siebten Monats nach dem Eintritt der Erwerbsminderung einsetzt (§ 102 Abs. 1 SGB VI). Die Betroffenen, die nach bisherigem Recht die Rente bereits mit Eintritt der verminderten Erwerbsfähigkeit bezogen haben, werden daher zu einem großen Teil erst ab dem siebten Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung zu Rentenbeziehern. Für den Risikostrukturausgleich hat dies zur Folge, dass die Betroffenen auch erst von diesem Zeitpunkt an im Risikostrukturausgleich den besonderen Versichertengruppen für Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zugeordnet werden. Entsprechend können die Krankenkassen, die diese Personen versichern, den höheren Beitragsbedarf für diese Versicherten erst von einem späteren Zeitpunkt an geltend machen. Um diese, mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht beabsichtigten Veränderungen der Ausgleichswirkungen im Risikostrukturausgleich zu vermeiden, soll für die Zuordnung zu diesen Versichertengruppen nicht mehr der Rentenbezug, sondern der Eintritt einer Erwerbsminderung maßgeblich sein. Damit wird sichergestellt, dass der bisherige Zustand weitgehend beibehalten wird und die Ausgleichswirkungen im Risikostrukturausgleich von der Neuregelung des Rechts der Erwerbsminderungsrenten grundsätzlich unberührt bleiben. Soweit die Regelung auch für die Fälle gilt, in denen Erwerbsminderungsrenten auch bei Weitergeltung des bisherigen Rechts als Renten auf Zeit gewährt worden wären, ist die Vorverlegung des Zeitpunkts der Zuordnung zu den besonderen Versichertengruppen erwerbsgeminderter Personen sachgerecht, da die höheren Leistungsausgaben für diesen Personenkreis nicht erst vom Zeitpunkt des Rentenbezugs an entstehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird zum einen klar gestellt, dass die in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten nur dann den besonderen Versichertengruppen für chronisch Kranke zugeordnet werden dürfen, wenn diese Programme auf Grund von mit zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossenen Verträgen auch tatsächlich durchgeführt werden. Die bloße Einschreibung eines Versicherten in ein Programm, ohne dass dieser die hierin vorgesehenen Mitwirkungspflichten erfüllt, löst dagegen keine Finanzwirksamkeit im Risikostrukturausgleich aus. Außerdem wird geregelt, dass die Erhebung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken

Versicherten in der gleichen Differenzierung erfolgt, wie für die übrigen Versichertengruppen, d. h. nach dem Zeitpunkt des Beginns des Krankengeldanspruchs, des Eintritts einer Erwerbsminderung u. Ä. Dies ist erforderlich, um eine exakte Bereinigung der Versicherungszeiten in den übrigen Versichertengruppen zu ermöglichen.

Außerdem wird dem Verordnungsgeber die Möglichkeit eingeräumt, von der Vorgabe, dass für die eingeschriebenen chronisch Kranken lediglich gemeinsame Versichertengruppen je Krankheit zu bilden sind, abzuweichen. Wenn es sich auf Grund einer stark unterschiedlichen Höhe der standardisierten Leistungsausgaben innerhalb dieser Versichertengruppen als sachgerecht erweist, soll die Bildung weiterer Untergruppen, etwa in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Beginns des Krankengeldanspruchs, auch für chronisch Kranke möglich sein, die in Behandlungsprogrammen wegen derselben Krankheit eingeschrieben sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die etwaigen Untergruppen eine ausreichend große Besetzung aufweisen, um eine sachgerechte Bildung von standardisierten Leistungsausgaben zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb. Es wird klar gestellt, dass auch die Leistungsausgaben für die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch Kranken in der gleichen Differenzierung erhoben werden wie für die übrigen Versichertengruppen. Dies ist erforderlich, um eine exakte Bereinigung der Risikoprofile der übrigen Versichertengruppen um die Leistungsausgaben für die eingeschriebenen chronisch Kranken zu ermöglichen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des Doppelbuchstabens aa.

2.4 Zu Artikel 1 Nr. 4 (§§ 268, 269 SGB V) (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Risikopool)

Zu § 268 SGB V

Ziel der Änderung ist es, die Einführung der direkten Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich durch Rechtsverordnung zu ermöglichen und hierdurch ein weiteres Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2003 entbehrlich zu machen. Außerdem wird der Zeitraum für die vorbereitenden Arbeiten zur Einführung der direkten Morbiditätserfassung, insbesondere für die Stichprobenerhebung, verlängert. Dies trägt einem Anliegen der Spitzenverbände der Krankenkassen Rechnung. Der Zeitpunkt für die Einführung der direkten Morbiditätserfassung ändert sich hierdurch nicht.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 konkretisiert die Ziele der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und enthält die vom Verordnungsgeber zu beachtenden Vorgaben zur Klassifizierung der Versichertengruppen sowie die Gewichtungsfaktoren. Die Klassifikation der Versichertengruppen durch den Verordnungsgeber ist nur im Rahmen dieser gleichermaßen verbindlichen Vorgaben und Grenzen möglich. Insbesondere dadurch, dass der Verordnungsgeber die Klassifikation der Versichertengruppen an der Höhe und Streuung der krankheitsspezifischen Leistungsausgaben zu orientieren hat, soll sicher gestellt werden, dass sich die Risikobelastungen der Krankenkassen künftig zielgenauer als bisher in der Höhe des ihnen zugerechneten Beitragsbedarfs niederschlagen. Außerdem wird klar gestellt, dass die bisherige Berechnungsvorgabe in § 266 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Bestimmung der standardisierten Leistungsausgaben abgelöst wird. Dadurch soll eine Festlegung von Risikostandards auch auf der Grundlage von Regressionsanalysen nach Vorbildern ermöglicht werden, wie sie bereits im Ausland zu finden sind.

Satz 2 stellt klar, dass die übrigen Elemente des Risikostrukturausgleichs unverändert bleiben: Der Beitragsbedarf der Krankenkassen wird weiterhin nach § 266 Abs. 2 SGB V auf der Grundlage standardisierter Leistungsausgaben und die Finanzkraft nach § 266 Abs. 3 SGB V auf der Grundlage der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und des Ausgleichsbedarfsatzes ermittelt. Auch für die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und die Durchführung des Verfahrens gilt weiterhin § 266 Abs. 4 bis 6 SGB V. Dadurch ist sichergestellt, dass der Risikostrukturausgleich auch nach seiner Weiterentwicklung keine tatsächlichen Ausgaben, sondern standardisierte Risikobelastungen der Krankenkassen ausgleicht und somit der Vorgabe in § 266 Abs. 1 Satz 3 SGB V Rechnung trägt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die verfahrensmäßige Umsetzung der in Absatz 1 genannten Vorgaben. Mit dem zeitlich begrenzten Regelungsauftrag an den Verordnungsgeber wird sichergestellt, dass die rechtlichen Grundlagen für die diesen Vorgaben entsprechende Umsetzung des unmittelbar morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 1. Januar 2007 an und für die hierfür ab 1. Januar 2005 einsetzende Datenerhebung rechtzeitig und vorhersehbar konkretisiert sind. Wie bereits in der Vergangenheit wirken die Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Konkretisierung des Konzepts und der Ausgestaltung des Verfahrens mit. Kommt ein einvernehmlicher Vorschlag der Spitzenverbände zur Weiterentwicklung zustande, ist dieser einzubeziehen. Der Verordnungsgeber ist an den Vorschlag der Spitzenverbände jedoch nicht gebunden. Auch die internationalen Erfahrungen, die insbesondere in den USA und den Niederlanden mit Ausgleichsverfahren auf der Grundlage von Modellen zur direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden vorliegen, sind vom Verordnungsgeber zu berücksichtigen.

Satz 4 eröffnet dem Verordnungsgeber die Möglichkeit, neben den unmittelbar morbiditätsorientierten Gruppenzuordnungen weiterhin auch mittelbare Morbiditätsindikatoren (z. B. Alter und Geschlecht) beizubehalten. Entsprechend der bisherigen Regelung in § 266 Abs. 7 Nr. 3 SGB V soll auch weiterhin die Möglichkeit bestehen bleiben, die bisherigen Altersabstände zu verändern oder die ergänzenden Differenzierungen auf einzelne Kriterien (z. B. nur Geschlecht) zu begrenzen. Dadurch kann die Zielgenauigkeit

der unmittelbar morbiditätsorientierten Klassifikationen erhöht werden.

Zu Absatz 3

Die Stichprobenerhebung zur Vorbereitung der wissenschaftlichen Untersuchung nach Absatz 2 soll erstmals für das Jahr 2001 durchgeführt werden. Damit wird eine erste Datengrundlage für den notwendigen frühzeitigen Beginn dieser Untersuchung geschaffen, die auf der Basis der Stichprobendaten des Jahres 2002 ergänzt und vervollständigt wird. Um die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung bei Bedarf weiter abzusichern, ermöglicht die Regelung in Satz 10 eine weitere ergänzende Stichprobenerhebung auf der Datengrundlage des ersten Halbjahres 2003. Die Begrenzung auf das erste Halbjahr 2003 stellt sicher, dass die notwendigen Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nicht verzögert werden und die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs fristgerecht zum 1. Januar 2007 umgesetzt wird.

Damit ab dem 1. Januar 2005 nur die Daten erhoben werden, die für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs aufgrund des gewählten Klassifikationsmodells benötigt werden, soll der Verordnungsgeber außerdem bestimmen, welche der in Satz 1 genannten Daten im regelmäßigen Verfahren zu erheben bzw. nicht mehr zu erheben sind.

Zu § 269 SGB V

Zu Absatz 1

Durch die Änderung wird der Risikopool in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits zum 1. Januar 2002 eingeführt. Hierdurch wird erreicht, dass die finanzielle Entlastung der Krankenkassen mit einer großen Zahl kostenintensiver Versicherter bereits ein Jahr früher als im Gesetzentwurf vorgesehen eintritt. Allerdings ist für das Ausgleichsjahr 2002 eine versichertenbezogene Erhebung der Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nicht möglich. Deshalb sollen diese Leistungsausgaben erst vom Ausgleichsjahr 2003 an Berücksichtigung finden. Außerdem wird der Schwellenwert für die Jahre 2002 und 2003 gesetzlich fest geschrieben. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung.

Schließlich wird klar gestellt, dass im Risikopool nicht nur die Leistungsausgaben zur Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V berücksichtigungsfähig sind, sondern auch weitere stationär erbrachte Leistungen, wie etwa stationäre Entbindung, stationäre Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, stationäre Rehabilitation und Anschlussrehabilitation, die keine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V sind. Hierdurch werden Auslegungsprobleme vermieden.

Zu Absatz 4

Durch die Änderung in Nummer 1 erhält der Verordnungsgeber die Möglichkeit, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auch das Nähere über die Berücksichtigung der von Dritten erstatteten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 2 zu regeln. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung können hierfür pauschalierende Regelungen vorgesehen werden. Dies kann insbesondere im Jahr der Einführung des Risikopools zweckmäßig sein.

Die Neufassung der Verordnungsermächtigung in Nummer 5 stellt zum einen klar, dass die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikopool gemeldeten Daten – ebenso wie im Risikostrukturausgleich (vgl. die Änderung zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – § 266 Abs. 7 Nr. 11 SGB V) – Aufgabe der mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen ist. Außerdem wird der Verordnungsgeber ermächtigt, auch das Nähere zum Verfahren und zu den Kriterien der Prüfung der im Risikopool gemeldeten Daten in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln. Dies kann etwa durch die Festlegung einheitlicher Prüfinhalte, einheitlicher Prüfzeiträume und -stichtage geschehen. Dabei kann der Verordnungsgeber auch von den Vorgaben des § 274 SGB V abweichen und vorsehen, dass für die Prüfung der im Risikopool gemeldeten Daten der in dieser Vorschrift vorgesehene Mindestzeitraum unterschritten werden kann. Die Änderung trägt zu einer Verbesserung der Datenqualität und damit auch zu einer größeren Rechtssicherheit bei.

2.5 Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 284 SGB V) (Verwendung von Sozialdaten)

Zu Buchstabe a

Den Krankenkassen wird ermöglicht, die ihnen vorliegenden Daten mit dem Ziel auszuwerten, die chronisch kranken Versicherten zu identifizieren, die für die Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme in Frage kommen. Hierfür eignen sich insbesondere die Abrechnungsunterlagen, die Angaben zur Diagnose enthalten, wie z. B. die Abrechnungsunterlagen der Krankenhäuser, der Rehabilitationseinrichtungen und der sonstigen Leistungserbringer. Die auf diese Weise identifizierten Versicherten können sodann durch schriftliche Information oder durch persönliche Ansprache für die Teilnahme an einem Behandlungsprogramm gewonnen werden. Der Schutz der Daten der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt, das die Krankenkassen nur die Daten auswerten dürfen, die ihnen ohnehin vorliegen.

Zu den Buchstaben b und c

Die Änderung erweitert die durch die Änderung in Buchstabe a geschaffene Möglichkeit der Datenauswertung durch die Krankenkassen zur Gewinnung von Versicherten und Vorbereitung von strukturierten Behandlungsprogrammen auf die Angaben über ärztliche Leistungen und ärztlich verordnete Leistungen.

2.6 Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 295 SGB V) (Übermittlung von Leistungsdaten)

Die Änderung im neu eingefügten drittletzten Satz der Vorschrift stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen zu übermitteln haben, wenn sie an der Durchführung dieser Programme beteiligt sind. Für den Fall, dass strukturierte Behandlungsprogramme auf Grund von Verträgen zur integrierten Versorgung durchgeführt werden, ergibt sich diese Übermittlungspflicht aus der Verpflichtung der Partner dieser Verträge zu einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen ist (§ 140b Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Der neu eingefügte vorletzte Satz der Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, dass die Krankenkassen für die Steuerung von strukturierten Behandlungsprogrammen nicht nur die ärztlichen Daten benötigen, die im Rahmen der Programme anfallen, sondern auch die Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung, die außerhalb der Programme abgerechnet werden. Nur so können die Krankenkassen z. B. Doppelbehandlungen oder Behandlungen, die im Widerspruch zu den Programmen durchgeführt werden erkennen und die Durchführung der Programme entsprechend steuern. Es wird davon ausgegangen, dass das Nähere über das Verfahren der Datenübermittlung in der Vereinbarung nach § 295 Abs. 3 Nr. 4 SGB V geregelt wird.

Der neu eingefügte letzte Satz der Vorschrift stellt klar, dass sich die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Partner von Verträgen zur integrierten Versorgung zur Übermittlung der für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme erforderlichen versichertenbezogenen Daten nur auf solche Daten bezieht, in deren Erhebung, Nutzung und Verarbeitung die Versicherten nach § 137f Abs. 3 Satz 2 SGB V eingewilligt haben.

2.7 Zu Artikel 2 vor Nr. 1 (§ 2 RSAV) (Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 267 SGB V).

2.8 Zu Artikel 2 vor Nr. 1 (§ 3 RSAV) (Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 267 SGB V). Künftig sind Personen, bei denen eine Erwerbsminderung eingetreten ist, vom ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente den besonderen Versichertengruppen der erwerbsgeminderten Personen zuzuordnen. Damit wird sicher gestellt, dass die grundsätzliche Gewährung von Erwerbsminderungsrenten als Renten auf Zeit und die damit einhergehende Verschiebung der Rentengewährung um sechs Monate nicht zu Veränderungen der Ausgleichswirkungen im Risikostrukturausgleich führen soll (vgl. Begründung zur Änderung in § 267 SGB V – Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

2.9 Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 7 RSAV) (Vorläufige standardisierte Leistungsausgaben)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Buchstabens b.

Zu Buchstabe b

Da in den Jahren 2002 und 2003 noch keine Vorjahresdaten für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für die Versichertengruppen der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten zur Verfügung stehen, wird das Bundesversicherungsamt beauftragt, diese standardisierten Leistungsausgaben im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu schätzen. Dieser Schätzung sind die zur Verfügung stehenden einschlägigen statistischen Erhebungen und wissenschaftlichen Analysen zu Grunde zu legen.

2.10 Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 28 a RSAV) (Vorziehen der Einführung des Risikopools)

Zu Absatz 1

Für die Durchführung des Risikopools im Jahr 2002 stehen die Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse noch nicht versichertenbezogen zur Verfügung. Diese Leistungsausgaben können daher erst vom Ausgleichsjahr 2003 an berücksichtigt werden.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Risikopools bereits vom Jahr 2002 an.

Zu Absatz 6

Die Änderung erstreckt die Sonderregelungen für das Abschlagsverfahren auch auf das Jahr der Einführung des Risikopools. Außerdem ist vorgesehen, dass die von Dritten erstatteten Ausgaben, die von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzuziehen sind, im Jahr der Einführung des Risikopools pauschaliert zu berücksichtigen sind. Dies ist erforderlich, da diese Ausgaben zurzeit überwiegend ohne Versichertenbezug erfasst werden. Die Festlegung der Höhe des Pauschalbetrags soll einvernehmlich durch Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgen. Kommt diese Vereinbarung nicht innerhalb der vorgesehenen Frist zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit auf Grund der Ermächtigung in § 269 Abs. 4 Nr. 1 SGB V (vgl. Änderung zu § 269 Abs. 4 Nr. 1 SBG V – Artikel 1 Nr. 4) die Höhe des Erstattungsbetrags in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung fest. Die Einführung des Risikopools bereits im Jahr 2002 macht eine zusätzliche Datenerhebung durch die Krankenkassen zum monatlichen Abschlagsverfahren erforderlich, da in der Datenerhebung für das Jahr 2002 die Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nicht enthalten sind. Die Termine für die Datenübermittlung und die Berücksichtigung im monatlichen Abschlagsverfahren gelten einheitlich für die Ausgleichsjahre 2002 und 2003.

Berlin, den 8. November 2001

Dr. Martin Pfaff
Berichterstatter



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333